



***Hva hemmer og hva fremmer brukermedvirkning
i arbeidet med individuell plan for LAR pasienter.***

Kandidatnummer: [450]

Diakonhjemmet Høgskole

Bacheloroppgave

Bachelor i sosialt arbeid

Kull: DSU 10

Antall ord: [8796]

01-09-2014

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	2
1.1 Begrepsforklaring.	3
1.2 Oppgavens oppbygging og struktur.	4
1.3 Begrunnelse for valg av tema.....	5
1.4 Problemstilling.....	5
1.5 Oppgavens avgrensning.	6
1.6 Sosialfaglig relevans.	7
1.7 Forforståelse.....	7
2. Metode.....	9
2.1 Litteratur og kildekritikk.	9
3. Teoridel.....	11
3.1 LAR.....	11
3.2 LAR pasienten.....	12
3.3 Individuell plan.	13
3.5 Brukermedvirkning.	15
3.4.1 Brukerperspektiv.	15
3.5 Makt.	16
3.6 Empowerment.....	16
3.6.1 Etablering av motmakt.	16
3.6.2 Empowerment, den terapeutiske posisjonen.	17
3.7 Paternalisme.....	17
4. Innledning til drøfting.....	19
4.1 Spennet mellom kontroll og hjelp.	19
4. 2 Hvordan kan Empowerment prosessen påvirke arbeidet med individuell plan for LAR pasienter.....	22
4. 3 Avslutningsvis vil jeg drøfte LAR-pasientens og sosialarbeiderens roller i samarbeidet om den individuelle planen.	25
5. Avslutning.....	27
Litteraturliste	29
Selvvalgt litteratur	31

1. Innledning

I praksisperioden i studiet, der jeg jobbet ved boligsosialt tilbud for LAR pasienter, ble jeg litt trigget av LAR-rehabilitering i Norge. Hvordan fungerte egentlig denne rehabiliteringen for pasientene? Jeg reiste til England i 1997 fordi jeg ikke fikk LAR-behandling her hjemme, det var strengt på den tiden. I England er det helt andre forhold til LAR-behandling. Det er en enkel søkeprosess, og kontrollen har heller ingen negativ konsekvens for brukerne; det er bare for kartlegging av rusmønster. Det er heller ingen særlig oppfølging, man får metadon og det er det.

I ettervernet mitt jobbet jeg på et lavterskel avrusingstiltak i Oslo. I forkant av dette hadde jeg tre år i langtidsbehandling for å få bukt med mitt eget heroinmisbruk. I denne perioden kom det mange LAR-pasienter innom for å få hjelp med avrusing, men vi måtte avvise dem fordi de ikke fikk økonomisk dekning for et opphold av kommunen sin, de var allerede under behandling var svaret man fikk. De fortalte mye om at de ikke hadde så mye til overs for LAR. Noen sa at de hadde forsøkt lenge med å komme ut av tiltaket. Andre sa at de hadde prøvd å kutte ut metadonen, men orket ikke abstinensene. Felles for dem var at LAR overkjørte deres ønsker, det var i hvert fall det de formidlet. Jeg kunne se og føle frustrasjonen hos dem.

Jeg hadde begynt på sosionomstudiet og vi lærte om hvor viktig god brukermedvirkning var for både å skape gode relasjoner, og samarbeid med de som trengte vår hjelp. I studiet har vi vært litt privilegert med at vi har hatt mye om samhandlingsreformen, og at den nye helse –og omsorgsloven trådte i kraft i studietiden. Det var en del fokus på individuell plan, og hvordan denne skulle hjelpe de som trengte sammensatte tjenester på tvers av tjenesteapparatet. Det skulle også hjelpe de som trengte tiltak med å få dette. Midt i blinken for LAR-pasienter var min umiddelbare tanke.

Jeg har hatt mange forskjellige tanker om å skrive bachelor oppgaven. Det sosialpolitiske ståstedet i rusbehandling var min første store tanke, det tok lang tid for den å slippe taket, nesten to hele år.

Jeg landet til slutt på brukermedvirkning i arbeid med individuell plan. Det som gjorde det mer spennende var at her tenkte jeg at jeg kunne fremdeles vri det inn mot det jeg syns og mente om rusfeltet. Jeg må erkjenne at som mye annet i studietiden har oppgaven egentlig bare utfordret min egen forforståelse. Det jeg ønsker å undersøke er hva er det som fremmer og hemmer brukermedvirkningen med denne målgruppen.

1.1 Begrepsforklaring.

Her redegjør jeg for de mest sentrale begrepene og forkortelsene jeg benytter i oppgaven.

Først vil jeg redegjøre for substitutt medisiner, metadon, subutex, og suboxone. Dette er substitutt medisiner som gis i LAR rehabiliteringen. Metadon har sin opprinnelse ifra andre verdenskrig hvor Tyskland utviklet dette som syntetisk smertemiddel (Frantzen 2001). Det er et flyttende medisin som blandes ut i saft, virketiden med korrekt dose varer i et døgn.

Subutex og suboxone er buprenorfin, en såkalt halv agonist som vil si at det ikke virker på alle opiatreseptorene i hjernen som det metadon gjør. Og dermed mye mindre farlig å bruke, subutex kan også brukes for å få en rusvirkning hvis man blander det ut med vann i sprøyta. Normalt inntak er under tunga (Fekjær 2008:286), min erfaring er at mange bruker nåla for inntak.

LAR er en forkortelse for legeassistert rehabilitering som er det Norske substitusjons programmet for opiatavhengighet (Fekjær:289). TSB er tverrfaglig spesialisert behandling, etter at LAR nasjonale retningslinje kom i 2010 skal LAR være en del av det ordinære tilbudet innen TSB i hvert helseforetak (SERAF 2013).

MiO er en forkortelse av metadonprosjektet i Oslo som ble vedtatt av Oslo bystyre i 1992, med 50 personer, det ble etter hvert kjent som metadon assistert rehabilitering, og deretter LAR (Frantzen 2001:167).

SERAF er senter for og avhengighetsforskning og en del av universitetet i Oslo (Fekjær 2008:67).

RIO er rusmisbrukernes egen landsorganisasjon som ivaretar brukernes rettigheter. Og LAR-nett er LAR pasientens egen organisasjon som ivaretar pasientenes rettigheter (Fekjær 2008:46).

1.2 Oppgavens oppbygging og struktur.

I denne oppgaven starter jeg med å gi en utfyllende begrunnelse for valg av tema, og presenterer problemstillingen. I metoddelen redegjør jeg for hvordan litteraturen er fremskaffet, og hvilken metode jeg har benyttet. Jeg skriver også om kilder og kildekritikk.

I teoridelen redegjør jeg først for målgruppen jeg ønsker å fokusere på, som er LAR pasienter. Mye av problematikken som denne målgruppen strever med vil bli tydeliggjort i teoridelen. Dette for å skape en større sammenheng for å kunne forstå mitt valg av problemstilling.

Videre i teoridelen velger jeg å redegjøre for LAR sin rolle i rehabiliteringen av disse pasientene. Her velger jeg i hovedsak å redegjøre for henvisningsprosedyrer, utredelser, samarbeidspartnere, legemidler, og kontrolltiltak.

Verktøyet individuell plan er sentralt, det er det verktøyet som skal sørge for at samhandlingen skjer innenfor trepartssamarbeidet, og eller at pasientene får tilgang på de tiltak som vil ideelt sett bedre livssituasjonen sin, og samtidig øke funksjonsevnen.

Noe av det som er avgjørende for brukermedvirkning er de ulike brukertilnærminger vi sosialarbeidere møter pasientene med, det blir et eget kapittel på brukermedvirkning, og et underkapittel hvor jeg redegjør for brukerperspektivet.

Deretter skriver jeg om empowerment. Jeg velger også den terapeutiske posisjonen som empowerment utgjør i myndiggjøringsprosessen, og etablering av motmakt.

Jeg vil også ha med litt mindre kapitler på makt, og paternalisme.

I drøftingen vil jeg pendle mellom de forskjellige teoriene og forskning for å danne meg en ny kunnskap å ta med meg inn i det sosialfaglige arbeidet med LAR pasienter, og ellers med rusmiddelbrukere generelt. Dette kalles den hermeneutiske tradisjonen (Dalland 2007).

1.3 Begrunnelse for valg av tema.

Som praksisstudent ved et boligsosialt tilbud for LAR pasienter var det min opplevelse av at de fleste ikke hadde en individuell plan. Dette var brukere som hadde gått på metadon helt siden begynnelsen av LAR i Norge. Det var flere som slet med til dels store psykiske problemer som ikke ble tatt tak i. Hverdagen deres var å hente metadonen på apoteket på morgenen, bytte bort noe i retur for hasj for å få dagene til å gå, og det samme neste dag. Det minnet litt om hvordan livet var før LAR tenker jeg ut ifra personlig erfaring. Når jeg leste meg opp på teori i forkant av oppgaven merket jeg at SERAF (Senter for rus- og avhengighetsforskning) som foretar årlige undersøkelser med LAR pasienter, har påpekt misnøye med at bare 36 prosent har en individuell plan. LAR sentralt har ikke en gang svart dem på denne henvendelsen.

Flere brukerorganisasjoner som LAR nett, og RIO (Rusmisbrukernes interesseorganisasjon) sier at individuell plan er et redskap som er underbrukt i arbeid med målgruppen. De etterlyser at fagfolk tar tak i dette på pasientenes og brukernes vegne. Som sosialarbeider jobber vi for solidaritet, likeverd, og inkludering, dette er fanesaker i vårt felt. Hvis vi som sosialarbeidere skal fremme empowerment for at personer skal komme seg ut av en avmaktssituasjon burde da ikke individuell plan være benyttet i en mye større grad? Jeg undrer meg litt over hvorfor det ikke er et bedre samarbeid mellom de medisinske og sosiale fagfeltene i denne problematikken.

1.4 Problemstilling.

Det første jeg tenkte på var hvor stort og mektig velferdsapparatet er for den vanlige brukeren av det. Samtidig er dette en meget sårbar gruppe som har hatt mye motgang i livet. Som sosialarbeidere utøver vi mye makt ovenfor en stigmatisert og marginalisert målgruppe som det LAR pasienter representerer. Utfordringen vår som sosialarbeidere er hvordan kan vi utjevne denne avmakten i kraft av vår rolle som sosialarbeidere. Med det tenker jeg at vi som sosialarbeidere skal fremme god brukermedvirkning, motivere pasientene til å tørre gå inn i

de prosesser som kan skape bedre livskvalitet og samtidig øke funksjonsevnen. Valg av tilnærming er avgjørende for hvor mye medvirkning vi får i gjensvar fra de vi skal hjelpe.

I så måte har jeg landet på følgende problemstilling: Hva hemmer og hva fremmer brukermedvirkning i arbeidet med individuell plan for LAR pasienter.

1.5 Oppgavens avgrensning.

Dalland skriver at det er viktig å gjøre rede for hvordan vi ønsker å avgrense oppgaven for å vise at det er flere viktige sider ved det vi ønsker å skrive om som det ikke er mulig å ta med på grunn av begrensninger i oppgavens omfang, og tidsbegrensning (Dalland 2007:266).

Når jeg begynte å lage en disposisjon for oppgaven var det de politiske føringene jeg tenkte jeg skulle skrive om. Det er klare føringer i rusreform 2 som sier at alle skal ha en individuell plan. Her la jeg merke til at det var store sprik i antall pasienter som hadde individuell plan, opp imot de som hadde behov for koordinerte og sammensatte behov for tjenester og tiltak. Gjennom veiledning skjønnte jeg at dette ville være alt for omfattende, og at det ville komme litt bort ifra den sosialfaglige plattformen som oppgaven forlanger. Det ville lent seg mer opp imot en sosialpolitisk oppgave.

Det neste jeg valgte bort var relasjonsarbeidet med målgruppen. Her var mine tanker at som sosialarbeider er relasjonen viktig for å fremme god brukermedvirkning. I form av hvilken brukertilnærming som vi benytter i dette arbeidet. Jeg tenker at dette er sosialfaglig, men det er bare en del av det sosialfaglige arbeidet, og derfor valgte jeg det bort. Deretter valgte jeg bort å skrive en oppgave rettet imot pasientenes rettigheter, siden dette ville inneholde mer juss pensum enn det sosialfaglige pensumet vårt.

Det sosialfaglige arbeidet med denne målgruppe befinner seg derimot i flere spenningsfelt som egentlig omfatter at vi som sosialarbeidere skal samtidig utøve samfunnsmessige styring og kontroll, samtidig som vi skal utøve medmenneskelighet og solidaritet. Dette er den

sosialfaglige plattformen som er fundamentet i vårt arbeid. Det er det å forstå hvilket ansvar vi har som samtidig kontrollører og hjelpere på tvers av de forskjellige organisatoriske strukturene som skaper spenninger, vi er liksom en magnet som trekker disse ytterpunktene eller motpolene sammen. LAR pasientenes ståsted er også vesentlig å drøfte i oppgaven, sammen med hjelpernes dilemmaer i dette arbeidet.

1.6 Sosialfaglig relevans.

Som sosialarbeidere så vil vi få brukere som går på eller skal begynne med LAR. Disse har en lovgitt rettighet til en individuell plan Spesialtjenesteloven § 2-5 hjemler for at helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarig og koordinerte tilbud. De skal også samarbeide med andre instanser som NAV, og kommunene i å legge til rette et helhetlig tilbud for pasientene. I henhold til pasient –og brukerrettighetsloven § 7-2 kan en pasient, bruker eller dennes representant som mener at bestemmelsene i kapitlene 2, 3 og 4, samt §§ 5-1, 6-2 og 6-3 er brutt, klage til fylkesmannen. Det vil si de tilfeller hvor det ikke er satt i gang arbeid med individuell plan, eller det er besluttet at det ikke skal utarbeides individuell plan (Kjellebold 2013:79). Brukermedvirkning har som formål å skape et samarbeid mellom pasient og tjenesteapparat. Det skal også avlaste maktforholdet mellom pasient og tjenesteapparatet.

Jeg anser at arbeid med individuell plan, og brukermedvirkning med LAR pasienter som sosialfaglig relevant.

1.7 Forforståelse.

Når det kommer til min forforståelse av individuell plan så er den veldig begrenset. Jeg har absolutt ingen erfaring med individuell plan verken fra arbeidslivet, eller som tidligere bruker av velferdssystemet gjennom mange år. Det var litt arbeid rundt det på feltoppgaven i første år, men det er alt av kunnskap som jeg innehar; før jeg leste meg opp på det for denne bachelor oppgaven. Derimot har jeg det som jeg anser som over gjennomsnitt kunnskap av hvordan man gjennom delmål øker både mestringskapasitet og funksjonsnivå gjennom endringsarbeid. Når det kommer til brukererfaring har jeg opplevd hvor vanskelig det kan

være å få gjennom ønskede mål og tiltak som rusmisbruker av flere forskjellige grunner. Men jeg har heldigvis også opplevd hvordan det er å bli møtt med anerkjennelse ifra engasjerte sosialarbeidere som har tatt meg på alvor. Jeg har også en bred forforståelse av hvordan det er å være både rusmisbruker og LAR pasient gjennom mange år.

2. Metode.

Metode er en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare (Dalland, 2007:83).

I denne oppgaven har vi blitt pålagt en ren litteratur studie for besvarelsen. Det vil si at jeg lener meg på andres litteratur som finnes i stedet for å frembringe egen data. Slik at jeg kan fordype meg i den problemstillingen som jeg har valgt, det er også regnet som en kvalitativ metode. I hovedsak har jeg for å danne et grunnlag lest en av de få avhandlinger som er skrevet rundt det sosiale arbeidet med individuell plan, og rusmiddelbrukere

(Brukermedvirkning i arbeidet med individuell plan- annerkjennelse og krenkelse, Humerfeldt, 2012).

Jeg vil bare presisere at det er den eneste forskningen som jeg har funnet i henhold til selve problemstillingen min. Humerfeldt bruker begrepet rusmiddelbrukere i sin avhandling. Det er i denne forskningen en klar overvekt av informanter som er LAR pasienter. Hun velger å bruke begrepet rusmiddelbrukere fordi hun er opptatt av å bruke personer som har et behov av sammensatte tjenester på et sosialkontor, og legger ingen vekt på om de er i aktiv rus eller ikke. Denne avhandlingen er en del av det empiriske forskningsgrunnlaget i besvarelsen, den andre forskningen som er benyttet er SERAF statusrapporter for de siste tre årene, den tredje forskningen som jeg velger for besvarelsen er LAR sine egne retningslinjer, 2010. Jeg anser disse kildene som gode empiriske sosialfaglige kilder som har en gyldighet, og at de er holdbare.

2.1 Litteratur og kildekritikk.

Kildekritikk vil si at jeg vurderer og karakteriserer den litteraturen som er benyttet. Hensikten er at leseren skal kunne få tak i de refleksjoner som jeg har gjort meg i min gjennomgang av litteratur. Samtidig som det skal vise til relevans og gyldighet av den valgte litteratur, og eventuelle forskningsresultater jeg har valgt for å belyse problemstillingene (Dalland 2007:72).

Jeg har valgt en god del av det pensum som vi har hatt i løpet av de siste fire årene i studiet. Samtidig som jeg har gått til innkjøp av annen litteratur for å danne meg et bredere perspektiv av tema og problemstilling utenfor pensum. Samtidig har jeg saumfart alt av offentlige

utredninger angående rusreformer, og individuell plan for rusmiddelbrukere, og det jeg fant av LAR litteratur i søket mitt etter kunnskap. Det skal nevnes at oppgaven ville ha blitt styrket av informanter for å besvare problemstillingen min. På grunn av tidsbegrensing har ikke dette vært mulig. Derfor anser jeg at validiteten kan være noe svekket. Jeg anser litteratur å være tilstrekkelig for en god kvalitativ bachelor oppgave.

3. Teoridel.

I teoridelen så vil jeg ta med de teorier som er relevante for å bruke senere i drøftingsdelen. Jeg vil benytte meg av disse teoriene og noe tilleggslitteratur sammen med forskning for å drøfte senere.

3.1 LAR.

Frantzen skriver: LAR er ikke noen ny form for behandling for opiatavhengighet, det strekker seg helt tilbake til tidlig på 60 tallet. Psykiateren Mary Nyswander og fysiologen Vincent Dole startet det første behandlingsopplegget med metadon i 1964 i New York. Teorien de arbeidet ut ifra var at langvarig opiat misbruk forårsaket forstyrrelser i kroppens endorfinbalanse, og at balansen kunne opprettes ved bruk av et annet opiat. Heroin abstinenser er ganske tøffe, og ved at man gav dem et substitutt i form av metadon, hjalp det dem til et mer organisert liv. Metadonen gjorde dem også i stand til å delta i de øvrige behandlingsformene til Nyswander og Dole (Frantzen 2001:22).

På 70 tallet var det klare motsetninger imot LAR som behandlingsalternativ for heroin misbruk. Hallgrimson mente at hypotesen til Nyswander og Dole stod på et svakt fundament, og at det ikke ville bli akseptert i Norge siden vi hadde andre behandlingstilbud. Han var opptatt av at billige kjemiske løsninger ikke ville adressere de mer kompliserte, alvorlige, menneskelige og sosiale problemer. Det ville få store samfunnsmessige konsekvenser i sosialt arbeid. Som langt overskrider den virkningen det måtte ha for den enkelte stoffmisbruker (Frantzen 2001:28).

På midten av 90 tallet hadde vi en relativ høy overdose statistikk i forhold til resten av Europa. I Norge har vi en høy overvekt av heroinister som bruker sprøyter. Mange av de fikk hiv, og det ble betraktet som et folkehelse problem. Det ble satt i gang et tre års forsøks prosjekt metadonassistert behandling i Oslo (MiO). Forsøket gikk rett inn i et landsdekkende tilbud med metadonbehandling i 1998 (LAR, retningslinjer 2010).

Man anslår at det i 2004-2005 mellom 7000 og 10 600 sprøytebrukere i Norge, og at 85 prosent av alle sprøytebrukere er heroinbrukere (LAR, retningslinjer:19).

LAR et tre parts samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunalt helse- og sosiale tjenester, og NAV. Det er legen som sender en søknaden ifra pasienten til TSB om forslag til legeassistert rehabilitering. Det er strenge kontroll funksjoner i LAR behandling, det skal ikke brukes andre vanedannende medisiner, da dette kan påvirke behandlingen negativt, og samtidig øker det overdose faren ved at heroin og benzodiazaphamer tas samtidig (ibid:44).

Det gis også føringer for at TSB skal tilrettelegge for behandling av psykiske og somatiske lidelser, først skal man utredes. Det skal være en samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og sosiale tjenester som skal rettes inn imot et individualisert og integrert behandlings opplegg for pasientene, på landsbasis er det 9 prosent som får hjelp ifra psykiatrien (ibid:62).

Legemidlene som benyttes er metadon, subutex, og suboxone (SERAF 2012:32). Her utøves det streng kontroll over utleveringen, de fleste henter daglig, og noen må ta preparatet under oppsyn på apoteket. Dette er også for å sikre tredjepersoners muligheter til å kjøpe medisiner illegalt (SERAF 2013:37). LAR skriver at en annen begrunnelse for de strenge kontrolltiltakene er for å oppnå en rusmestring på LAR medisinerings gjennom stramme rammene, samtidig som rusmestringen vil åpne opp for andre rehabiliteringsmål som pasientene setter seg, eksempelvis jobb og utdanning (LAR retningslinjer 2010:67).

LAR mener at det som skal sikre optimale behandlingsforløp i såpass lange behandlingsløp vil være evnen til et tett samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunens helse og sosialtjeneste, og NAV. Den økte livskvaliteten og en bedring av funksjon er optimale mål ut ifra pasientenes individuelle forutsetninger (ibid:74).

3.2 LAR pasienten.

Statusrapporten 2013 viser at det er en fortsatt stigende aldersgruppe med et gjennomsnitt på rundt 41.6 år, og det er et klart flertall av menn i tiltaket hele 70 prosent er menn (SERAF 2013:26). Det er flere som kommer nærmere alderspensjon i LAR (SERAF 2013:24). De som bor i egen bolig ligger på 75 prosent med en noe lavere prosent med egen bolig i storbyene (ibid:27). Andelen uten noen form for sysselsting eller i noe utdanningsløp er så høy som 80 prosent på landsbasis. Det som skiller seg litt ut er Helse Førde hvor denne andelen nede i 70 prosent, verd å legge merke til her er at nesten alle har en individuell plan (SERAF 2013:41).

Inntektskilder til LAR pasientene er ifølge 2013 statusrapport 41 prosent som mottar trygd, de fleste av disse hadde uføretrygd. 34 prosent hadde arbeidsavklaringspenger i 2012, mens ti prosent hadde sosial stønad; 9 prosent var selvstendige med egen inntekt (ibid:26).

Det er en pasientgruppe ifølge LAR hvor 20 prosent slet med depresjon i 2012, 25 prosent slet med angst problematikk, og 6 prosent slet med vrangforestillinger og eller hallusinose (ibid:46).

3.3 Individuell plan.

Forskning viser oss at det er mellom 8 700-12 300 injiserende rusmisbrukere i Norge. 20 000 personer har varierende grad av samtidig rusproblemer og psykiske problemer. 4 000 personer lider med dobbel diagnose problematikk (sirus 2010: I Rambøll 2011:6). I den samme følgerapporten til Rambøll vises det til statistikk at av de 119 kommuner som har kartlagt bruk av individuell plan i arbeid med rusmiddelbrukere så er tallene helt nede i 18.6 prosent som har individuell plan (Rambøll 2011:36). Ved utgangen av 2012 var det 7038 LAR pasienter i Norge, 36 prosent av disse har en individuell plan (SERAF 2013:12).

Rusreform II, hadde som målsetning at det skulle sikres helse og sosialtjenester for alle, det, her skulle man ta hensyn til individuelle behov, kvaliteten skulle også være høy. Retten til individuell plan skulle også innføres, her var tanken at alle skulle ha en individuell plan (Ot. Prp. nr. 54, 2002-2003).

Det var kommunene som fikk det helhetlige ansvaret. Med reformen så var det noe av regjeringens tanker at dette også skulle øke brukermedvirkningen, samtidig som det skulle fremme en bedre ivaretagelse av brukerperspektivet. Det for å bedre samarbeidet i tiltakskjeden for den enkelte bruker (Humerfeldt 2012:7).

Individuell plan er et sosialfaglig verktøy som er ment å bidra til at brukere og pasienter som har behov av sammensatte og koordinerte helse- og sosialtjenester skal få det med hjelp ifra en oppnevnt koordinator. Det er et lovpålagt verktøy som er hjelmet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernlov § 7-1, og i sosialtjenesteloven § § 28 og 33 (Kjellefjeld, 2013:84).

Det skal også ligge et informert samtykke i bunn før planarbeidet begynner . Dette samtykket er todelt. Det første det omfatter er at pasienten har skjønnet informasjonen, og at pasienten

ønsker å delta med en individuell plan. Den andre hensikten er at man ønsker videre samtykke på at taushetsbelagte opplysninger kan formidles mellom de forskjellige tjenestene slik at all relevante opplysninger lettere er tilgjengelig i arbeidet (Kjellebold 2013).

Det er et tredelt formål med planen. For det første skal det bidra til at tjenestemottaker får det helhetlig, koordinert, og et tilpasset tjenestetilbud som personen har lovmessig krav på. Det er til enhver tid tjenesteyter som har hovedansvaret sammen med tjenestemottaker. For det andre så skal det kartlegges hvilke mål, ressurser, og behov som tjenestemottaker har på de ulike områdene. Koordinator har ansvaret for å vurdere de tiltak som kan bidra til å dekke bistandsbehovet til pasientene eller brukerne. Den tredje hensikten er ment til å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker; samt eventuelle pårørende. Det skal også styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og andre etater innen forvaltningen, eller på tvers av dem (Thommesen, mfl. 2011:41).

Planens innhold er ikke lovpålagt, men i forskrift om habilitering og rehabilitering om individuell plan og koordinator som er hjemlet i helse- og omsorgslovgivning § 19: Heter det at planen skal inneholde følgende hovedpunkter. Først og fremst pasientens og brukerens mål ressurser og behov for tjenester. Hvem som deltar i planen, og deres oppgaver. Hvem som er koordinator. En oversikt over tiltak og hvordan de skal gjennomføres. Hvor lenge planen skal vare, og når den skal evalueres. Samtykke om planen ifra tjenestemottaker, sammen med samtykke til at deltakere i planarbeidet får adgang til taushetsbelagte opplysninger. Og til slutt en oversikt over aktuelle samarbeidspartnere i form av andre tjenesteytere, institusjoner, eller andre etater (Kjellebold 2013:39).

Brukermedvirkning er viktig i arbeid med individuell plan. I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1: Har pasienten eller brukeren rett til å medvirke i utforming og gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Det presiseres også at pasient eller bruker har rett til å samarbeide om utforming av planen, det skal også legges til rette for dette. Dette er for å bevare personens integritet, samtidig oppnå et bedre resultat med en aktiv deltakelse ifra pasient eller bruker. Individuell plan er et verktøy som skal sørge for et individualisert tilpasset opplegg, og samtidig ivareta personens egne mål og tiltak. (Kjellebold 2013:64).

3.5 Brukermedvirkning.

Økt demokratisering i samfunnet er det som satte brukermedvirkning på dagsordenen. En av opphavene til denne økte demokratiseringen er de mange sosiale bevegelsene som vokste frem i USA på 60 tallet. Det som var gjennomtrengende likt i alle disse bevegelsene var en anerkjennelse av alle borger skal ha autonomi, og mulighet for innflytelse på de vilkår som former deres levekår (Cohen, 1985, Tarrow, 1995, Williams, 2001: I Slettebø og Seim, 2007:22).

Slettebø og Seim skriver at det er sterke føringer ifra de sosialpolitiske og fagideologiske miljøene mot en økt brukermedvirkning. Og på den andre siden viser sosialpolitiske landskapet en tvetydighet i forhold til reel brukermedvirkning. Hvor det vektlegges mer på brukernes plikter enn deres rettigheter. Også i den profesjonelle fagideologien og praksisfeltet virker det som om det er en ambivalens knyttet til brukernes rett til innflytelse og autonomi (Seim og Slettebø 2007:25).

Arnstein skriver at deltakelse er lik makt. «Citizen Participaiton is power – the fundemental point is that participaiton without redistribution of power is an empty and frustrating process for the powerless» (Arnstein, 1969:26: I Slettebø og Seim 2007:30).

Brukermedvirkning i LAR er preget av mye kontrolltiltak. Legen sitter på beslutningsmakten over både kontrolltiltak, og det avhengigskapende legemiddelet. LAR ser dette som betydelige utfordringer knyttet til brukermedvirkningen, da det i hovedsak gjelder tydeliggjøringen av roller, og hvem som har ansvar for beslutninger. Mange pasienter føler seg dessverre umyndiggjort gjennom denne kontrollen fra LAR. Dette dilemmaet ser LAR, men for å kunne bevege seg ut av offerrollen er tanken med medisinsk behandling at gjennom økt brukermedvirkning og sosial rehabilitering skal pasienten så fort som mulig begynne å delta mer og på den måten få økt myndighet (LAR retningslinjer 2010:32).

3.4.1 Brukerperspektiv.

Den profesjonelle oppfatningen er at den profesjonelle «gjennom å ha pasient i sentrum» skal være i kraft av sin kunnskap og erfaring til å kunne forstå å handle ut ifra pasientens egne interesser og behov (Hansen, mfl 2010:32, Seim og Slettebø 2007:28). Brukerperspektiv bør forstås to dimensjonalt. Vi skal gjennom den ene dimensjonen som profesjonelle sosialarbeidere se brukeren og deres situasjon, for derfor å sette brukerens interesser og behov

i sentrum. Dette er det faglige perspektivet, en ovenfra og ned synsvinkel. Den andre dimensjonen er nedenfra og opp. Dette er brukerens egen forståelse av seg selv, sin egen situasjon i fortid, nåtid, og fremtid. Og hva som er pasientens egne ønsker for fremtiden (Hansen, mfl 2010:32).

3.5 Makt.

Det er flere definisjoner på makt, en er å få noen til å gjøre noe de ellers ikke ville ellers ha gjort, man tvinger dem til noe umoralsk. Som for eksempel en menneskesmugler som tvinger en jente inn i prostitusjon, dette er vilje makt. Askheim skriver at det fins også strukturell makt som kan virke krenkende av brukere i velferdsapparatet, dette er en makt som er vanskelig å angripe. Definitorisk makt eller diskursiv som dreier seg om å få frem sin egen forståelse av et fenomen til å bli den rådende (Askheim 2010:35). Levin skriver som sosialarbeider har vi makt, og som kontrollør har vi makt. Videre skriver Levin at i dagens samfunn synliggjøres vår makt og kontrollaspektet gjennom våre egalitære og humanitære ideologier (Levin 2004:117). Ifølge Løgstrup er livene våre fletter inn i hverandre og dermed flettet inn i personens egen utfoldelse av makt. Det som er avgjørende ifølge Løgstrup er hva vi bruker den makten til, enten å tjene andre eller ikke (Henriksen og Vetlesen 2008:154).

3.6 Empowerment.

Ifølge Askheim hvis personer befinner seg i avmaktssituasjoner da skal personene gjennom empowerment kunne utvikle nok styrke og kraft til å komme ut av denne avmakten. Denne prosessen krever en skikkelig kraftmobilisering hvor personer skal bli gjort i stand til å motarbeide se kreftene som holder de nede. Det kan være en rusmisbruker som får denne hjelpen i form av LAR for eksempel. Gjennom å få opparbeidet seg mer makt, skal de bli i stand til å kunne styre og dermed få mer kontroll over sine egne liv. Empowerment består av tre ledd: Styrke, kraft, makt. Dermed vil empowerment presentere muligheter og virkemidler for at personer skal nå målene sine (WHO 1987: I Askheim 2007:21).

3.6.1 Etablering av motmakt.

Paulo Freire skriver i sin bok «De undertryktes pedagogikk 1974). At man må gjøres klar over årsaker som er med på å skape denne undertrykkelsen, med det evner personene å kunne handle annerledes; og dermed skaper de en ny situasjon for seg selv. Realisering er vel det å strekke seg et etter større menneskeverd. Bevisgjøring er et viktig for Freire. Ifølge Freire trenger mennesker opplæring til å oppfatte de sosiale, politiske, og økonomiske

motsetningsforhold som forårsaker undertrykkelsen, slik at de skal kunne ha mulighet til å stå imot de sidene som skaper avmakten. Freire mener: «Også at de undertrykte er sine egne undertrykkere». Det er fordi «De blir oppslukt av en virkelighet som undertrykker dem». Han mener at det er først når vi merker dette selv at vi kan skape vår egen frigjøring, praksis av det overnevnte er noe av det som skaper frigjøring. Først gjennom refleksjon av det man står i, deretter handling. Det går opp for oss at vi må kjempe for vår egen frigjøring (Freire 2004: I Askheim 2007:22).

3.6.2 Empowerment, den terapeutiske posisjonen.

Thesen og Malterud skriver at i medisin og helsefag er Empowerment ofte synonymt med det Engelske «patient education» (Thesen og Malterud: I Askheim; 2007:29). Ifølge denne tilnærmingen skal det bidra til en bedre livstil, eller påvirkes slik at pasientene kan styrkes til å nå mål andre har satt for dem, uansett hva de selv synes er viktig (Thesen og Malterud: I Askheim; 2007:29). Askheim skriver videre at et annet begrep som kan sidestilles med empowerment er mestring. Her lærer man å leve med sine funksjonsnedsettelse og dermed kunne mestre hverdagslige utfordringer. Hvor man etter hvert vil få følelsen, og opplevelsen av en kontroll over eget liv (ibid:29). Ifølge Askheim må fagpersonen endre sin rolle ifra en styrende rolle til det å være samtalepartner på lik linje med de man hjelper (ibid:29).

Videre skriver Askheim at begrepet empowerment er veldig sentralt i helsefremmende arbeid. Gjennom at vi utvider dette helsebegrepet, da kan helsefremmende arbeid fremstilles som en sosial og politisk prosess med en todelt hensikt. Ifølge Askheim vil det drive frem en personlig vekst, samtidig som den forandrer de sosiale, miljømessige, og økonomiske forhold (ibid:29). Det er umulig å oppnå optimal helse hvis ikke personene har en til viss grad styring over de forhold som påvirker denne utviklingen av personlige ferdigheter, og dette vil skje i støttende miljøer, det vil si at det styrker de lokale miljøene som er arenaene for handling. Det er dette som er empowerment sier Askheim (ibid:29).

3.7 Paternalisme.

I kraft av personers overlegene kunnskap eller at de er i en formell autoritetsstilling hvor de tar avgjørelser over hodet på de involverte parter. Uten at de får tilstrekkelig informasjon om avgjørelsen, og heller ikke har en mulighet til å påvirke avgjørelsen, da er det er paternalisme (Henriksen og Vetlesen 2006:118).

Ifølge Barbosa da Silva vil paternalisme føre til overgrep hvis ikke tiltaksapparatet vet hva som er det beste for pasienten, det holder ikke bare å tro at man vet hva som er best; han mener at dette er uekte paternalisme. Ekte paternalisme er en som tenker som en far, og vet hva det beste for sitt barn er. Det er alltid en utfordring å vite hva som er det beste for en hjelpetrengende i de fleste situasjoner. Man bør være så sikker som man overhode kan være å fatte beslutninger på disse premissene. Her trengs et godt faglig skjønn, hvor fagkunnskaper sammen med gode intensjoner, og pasientens egne synspunkter skal være med i avveining (Barbosa, da, Silva 2006c: I Hansen, mfl 2010:108).

4. Innledning til drøfting.

Drøftingen er delt i tre. Det første jeg drøfter er spennet mellom hjelp og kontroll i sosialt arbeid. Videre drøfter jeg empowerment tradisjonen opp imot paternalisme i arbeid med individuell plan for LAR pasienter. Avslutningsvis vil jeg drøfte pasientens og sosialarbeiderens roller i samarbeidet rundt planarbeidet.

4.1 Spennet mellom kontroll og hjelp.

Som sosialarbeidere for LAR pasienter befinner vi oss mellom to ulike organisatoriske systemer. På den ene siden har vi LAR som tiltaksapparat som utgjør den medisinske behandlingen pasientene er avhengig av for å holde seg abstinensfri, og for å kunne fungere relativt greit i hverdagen. På den andre siden befinner både pasient og sosialarbeider seg stort sett innenfor helse – og omsorgstjenesten primært, NAV, og sosialtjenesten hvor man er avhengig av ytelser som økonomi, og andre helse –og sosiale tjenester.

Her befinner vi oss som sosialarbeidere midt i spenningsfeltet mellom kontroll og hjelp. Levin skriver:

«At sosialt arbeid er en av de få profesjonene der sosialarbeiderne skal utøve samfunnsmessig styring og kontroll samtidig som de skal de utøve medmenneskelig solidaritet» (Levin 2004:117).

Med LAR pasienter opplever vi som sosialarbeidere at vi skal forholde oss til to separate matkulturer. LAR som tiltaksapparat har særskilt strenge krav til kontroll over pasientene. Dette gjelder spesielt sidemisbruk av både illegale stoffer, samtidig reseptbelagte medisiner som for eksempel b-preparater. Ytterste konsekvens av brudd på disse kontrolltiltakene kan bety eksklusjon for pasientene (LAR retningslinjer 2010).

Prieur og Henriksen skriver at det som er gjennomtrengende likt i byråkratiske institusjonene som NAV, helse og sosialtjenesten, og LAR er at de har kulturer preget av harde verdier som er bestående av rutiner, rasjonelle metoder, og logikk. Med det mener de at det å ta hensyn til enkeltes behov samtidig som de skal holde fokus på tillit og kontakt vil være utfordrende til tider. Fordi på like fot med pasientene etterlever helt ubevist den kulturen som de er en del av. Her vil LAR sitt behov for det meste stå i sentrum og gå foran pasientenes behov (Prieur og Henriksen 2004 referert fra Sagatun og Smith 2012:169). Dette kan gi sosialarbeidere utfordringer i hele tiden å etterstrebe prinsippene som sier at vi skal fremme sosial endring, problemløsning og empowerment, samt frigjøring hos individer og grupper, som dreier seg om

at personer i avmaktssituasjoner skal kunne opparbeide seg styrke og kraft til å komme ut av avmakten (yrkesetiske prinsipper, FO).

«Definisjonsmakten skiller forøvrig mellom oss og dem, hvem som skal ha hjelp, og hvem som ikke skal ha det. Hvem som skal ekskluderes, og hvem som skal inkluderes» (Ohnstad 2010:248).

Som sosialarbeider har vi definisjonsmakt. Det vil si at det er vi som setter grenser for pasientene, noe som tilsier at det er systemene og sosialarbeiderne som innehar mye makt. Ohnstad skriver at:

På denne måten vil ofte LAR pasienter føle seg utsatt for en dobbelrisiko fordi de beveger seg mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester.

«Definisjonsmakten legitimerer for øvrig fagkunnskapen vår» (ibid:249).

Levin påpeker at: «Det går heller ikke an å eliminere den strukturelle makten som er innebygd i relasjonen» (Levin 2004:119). Her er det viktig å redegjøre nærmere for hva som ligger i dette maktbegrepet som Levin skriver om.

«Makt kan brukes i en form for positiv påvirkning av pasientenes eget bilde av seg selv, ved at sosialarbeideren forsøker å styre imot en viss type av utvikling. Dette er noe som viser omsorg, og hjelper å legge til rette for en hjelp til selvhjelp» (Prieur og Henriksen 2004, referert fra Sagatun og Smith 2012:169).

Dette er som noe understøttes i forskningen til Humerfeldt, hvor en informant i en ansvarsgruppe sier det på denne måten:

«Kontakten her har vært god hele tiden. Jeg er heldig som har henne. Hun gir meg ros når jeg klarer noe. Det er noe vi trenger. Jeg tror hun bryr seg så mye som hun skal bry seg. Veldig flink til å følge meg opp. Og har jeg ikke ringt på lang tid. Tar hun en telefon til meg» (Humerfeldt 2012:165).

Her ser vi at sosialarbeideren brukte flere typer produktiv makt ovenfor pasienten. Med produktiv makt mener jeg at sosialarbeideren motiverer til solidaritet. For det første så bruker hun sin kompetanse og kunnskapsmakt til å forplikte seg til en profesjonell imøtekommenhet. Hun viser også at hun kan bevege seg mellom det å være et menneske på den ene siden og en

fagperson på den andre siden. Denne tilnærmingen foruten det å vise omsorg og respekt for pasienten, viser også til en relasjonsstyrt tilnærming. Levin sier at dette dreier seg om: «En betydning av kontrollfunksjonen vil til dels være å styre eller tilpasse pasientens normer og verdier i retninger sosialarbeideren mener er riktige» (Levin 2004:118).

Det finnes også eksempler på misbruk av makt. Et eksempel på dette finner vi også i forskningen til Humerfeldt under et ansvarsgruppe møte mellom pasient og LAR representanten. Hvor en av informantene sa det slik:

«Jeg har inntrykk av at hun på LAR tror jeg går rundt hele dagen fjern og rusa, så det ble en skikkelig krangel, så sa hun: Ok, vi kan bare kutte deg ut her, nå hvis du vil. Behandlingen med LAR altså. Da satte jeg meg ned og talte til ti. Jeg hadde lyst å gå fordi jeg var så fortvilet, og sa ok, dere får bare si hopp da, så får jeg spørre om hvor høyt jeg skal hoppe. Veldig fortvilende.» (Humerfeldt 2012:201).

Dette er et eksempel på kontroll og sanksjonsmakt makt hvor LAR representanten truer med et rigid bruk av regelverket hvis ikke LAR pasienten jekker seg ned. Hun er lite bevist på sin egen kontrollfunksjon, og er heller ikke bevist på forholdet mellom hjelp og kontroll. Jeg tenker også at hun lar følelsene sine styre hennes utbrudd mot pasienten som lite profesjonelt.

Ovenfor har jeg sett på eksempler som både fremmer og hemmer god brukermedvirkning. Jeg har også sett eksempler på anerkjennelse og krenkelse i utøvelsen av sosialarbeiders kontrollfunksjon. LAR pasienter er en sårbar målgruppe. De har stort sett flere dårlige erfaringer med hjelpeapparatet enn de har gode. I arbeidet med individuell plan bør vi være bevisste på forholdet mellom kontroll og hjelp, og faren for å misbruke kontrollfunksjonen vår. I arbeid med individuell plan bør vi ivareta pasientens selvbestemmelsesrett, men samtidig forsøker vi å lede i den retningen vi tenker er riktig for dem.

Sosialarbeideren bør forsøke å få til en god brukermedvirkning gjennom å bruke de kommunikasjonsferdighetene vi har, blandet med et godt faglig skjønn. Vi skal gjennom relasjonen skape trygghet og tillit til de vi hjelper, slik at de får muligheten til å oppleve en likeverdig relasjon. Som sosialarbeidere skal vi fremme likeverd, respekt, og solidaritet (yrkesetiske prinsipper, FO).

4. 2 Hvordan kan Empowerment prosessen påvirke arbeidet med individuell plan for LAR pasienter.

Forskning viser oss at hele 57 prosent hadde en eller annen form for depresjon, 56 prosent anga angst problematikk, og 70 prosent hadde lærings- og atferdsproblemer ifra skoletiden. 38 prosent hadde blitt mobbet. 21 prosent av kvinnene hadde blitt seksuelt misbrukt i familien, 37 prosent utenfor familien, 6 prosent av menn hadde opplevd seksuelt misbruk. 46 prosent hadde vært utsatt for vold (Evjen mfl 2012:85, Fekjær 2008).

Freire hevder at de undertrykte er sine egne undertrykkere fordi «De blir oppslukt av en virkelighet som undertrykker dem», noe som han også mener skaper apati (Freire, 1974, referert fra Askheim 2007:23). Shulman skriver:

At kognisjon handler om personens egne tanker om seg selv og sine omgivelser, han mener at denne virkelighetsoppfatningen kan ha en solid innvirkning på personens selvbilde, problemoppfatning, og vurdering av egen mestringsevne.

Videre skriver han:

At undertrykkelsen de har opplevd gjør at de internaliserer et negativt selvbilde og påtar seg ansvar for det andre har gjort mot dem – en variant av å gi offeret skylden. Symptomer som apati dekker ofte et underliggende raseri, og man bruker ofte alkohol og stoff som en rømningsvei for dekke over smertene (Shulman 2003:51).

I medisin og helsefag er Empowerment synonymt med det Engelske «patient education» (Thesen og Malterud, referert fra Askheim; 2007:29). LAR som tiltak har i kraft av sin overlegne kunnskap og den formelle autoriteten de innehar. Bidrar til en påvirkning av pasientenes livstil på en slik måte at det er LAR sine mål som blir de overordnede for pasienten. Dette på bekostning av pasientens egne ønsker. LAR pasienten har ingen mulighet til å innvirke på LAR systemet (Henriksen og Vetlesen 2006:181).

Dette er helt imot forskriftene til individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen § 7, med hjemmel i Lov om sosiale tjenester i NAV § 28 står kravet til innhold i individuell plan og der står det blant annet at planen skal inneholde en beskrivelse av personens mål, ressurser og

behov for tjenester. I pionerkommuneundersøkelsen sa informantene:» At det var vanskelig å definere noen klare mål i begynnelsen, og at de kom underveis i prosessen» (Thommesen, mfl 2011:64). Empowerment begrep er sentralt i helsefremmende arbeid. Askheim hevder:

«At begrepet empowerment står sentralt i helsefremmende arbeid. Gjennom at vi utvider dette helsebegrepet, da kan helsefremmende arbeid fremstilles som en sosial og politisk prosess der hensikten er todelt. Det vil si at den både driver frem personlig vekst, samtidig som den forandrer de sosiale, miljømessige, og økonomiske forhold» (WHO 1987 referert i Henriksen og Vetlesen 2010:29).

I forrige kapitel skrev jeg om hvordan kontrollfunksjonen også var en form for styring av personen rettet imot sosialarbeiderens tanker og verdier.» Inspirert av Foucaults rådende tendenser i empowerment tenkningen innenfor sosialfaglig arbeid blir det fremstilt som en liberal styringsstrategi» (Cruickshank 1999; Villanden 2003 og 2004, referert fra Askheim 2007:30). Villanden skriver hvis man ser mennesket som aktivt og handlende så besitter man et positivt menneskesyn, og en ser at det vil handle til sitt eget beste, men det krever også at forholdene ligger til rette for det. Videre skriver Villanden at fagpersonen skal medvirke slik at personen får bevissthet og vet hvordan endring skal gjøres, og drive det i den retningen. Sosialarbeideren har rollen som fasilitator (Villanden 2003:203, referert fra Askheim 2010:31). Dette er ikke ulikt individuell plan slik jeg ser det. Koordinatoren stiller sin kompetanse til rådighet, og gjennom godt faglig skjønn styres pasienten inn mot sine egne valg om mål og tiltak. Dette klinger som godt sosialt arbeid i mine ører. Cruickshank kaller dette «The standard off life» Det handler om å avdekke personens» sanne jeg» som antas å ligge bak sosiale avvik, som rusmisbruk og apati» (ibid:31).

Paternalismen på den andre siden betyr at andre tolker hvilke behov vi har med den overbevisning at tolkningen som gis er overlegen den hjelpetrengende sin egen tolkning (Henriksen og Vetlesen 2006:224). Personens rett til autonomi krenkes av en total overkjørsel av ens rettigheter til selvbestemmelse innenfor profesjonell omsorg (ibid). Arnstein skriver at deltakelse er lik makt. «Citizen Participaiton is power – the fundamental point is that participaiton without redistribution of power is an empty and frustrating process for the powerless» (Arnstein, 1969:26, referert fra Slettebø og Seim 2007:30).

Funnene i forskningen til Humerfeldt viser oss at enkelte hadde opplevelser med at de måtte være enig i sosialarbeiderens forslag, og at sosialarbeider skrev planen for dem. En av informantene sier det slik: «Det ble skrevet veldig fort av en på sosialkontoret, og det var mer den pekefingeren opp, og det ble krevd at jeg var enig». Andre opplevde at de fikk skrive ned på et noen ark selv de målene som de hadde. Dette er også dette sosialarbeiderne gjenkjenner av beskrivelsene til informantene. De mente at det var gode grunner for begge informantenes opplevelser. Som en sosialarbeider sier: «Jeg ber de ta utgangspunkt i hoved overskriftene i malen, og ber de skrive stikkord til neste gang». Sosialarbeideren begrunner dette videre med at det kan være korte tidsfrister for LAR søknaden. Når det kommer til om pasientenes mål ble tatt med i planen er det også her en variasjon i funnene. En sa «jeg fikk med alt de mente var realistisk» mens andre sa: «Jeg var jo ikke med å skrive den, og de hørte ikke på meg» Sosialarbeiderne mente at enkelte av brukerne ikke visste hvilke mål de hadde: «jeg opplever ofte at de ikke har tenkt igjennom dette med bolig, økonomi, og sånn» En annen sa. «En kan jo bli litt på hugget for hvilke mål de har» (Humerfeldt 2012:144).

Her har jeg skrevet om hvordan empowerment kan være med på å styre pasientene til LAR i den retningen sosialarbeiderne mener er riktig i kraft av sin kunnskap, og med en respekt for autonomien til pasienten. Her trekkes både kunnskapen til sosialarbeider frem i arbeidet sammen med brukerperspektivet til pasienten, det er et likeverdig samarbeid. Det blir også gjennom empowerment en bevisstgjøring i hvordan man skal gjøre endringer og at sosialarbeideren driver det i den retningen. På den andre siden ser vi hvordan paternalisme er med på å opprettholde både avmakten og apatien i arbeidet med individuell plan. Som Arnstein sier er brukermedvirkning makt. Det fundamentale poenget er at deltakelse uten fordeling er en tom og frustrerende prosess for de avmektige. Det blir i min oppfatning et skinn av brukermedvirkning. Det er også min personlige mening at empowerment prosessen er en god måte å fremme god brukermedvirkning i arbeid med individuell plan for en avmektig gruppe som det LAR pasienter er.

4. 3 Avslutningsvis vil jeg drøfte LAR-pasientens og sosialarbeiderens roller i samarbeidet om den individuelle planen.

«I sosialt arbeid er et av de viktigste prinsippene at vi møter brukeren og pasienten der de er» (Levin 2004:80). Kierkegaard er ydmyk og respektfull i sin forståelse av å sette seg inn i den andres sted: «Man skal ikke bare prøve å sette seg inn i den andres sted, man skal forsøke å forstå mer enn den andre» (Kierkegaard 1859: I Levin 2004:81).

Mange av pasientene innenfor LAR rehabiliteringen sliter med til dels store psykiske belastninger. Dette er en stor utfordring for både pasienter og sosialarbeidere i planarbeidet, samtidig som forskning viser at 70 prosent også hadde læringsvansker på skolen (Fekjær 2008, Evjen mfl 2012). Mange har på grunn av kognitiv svikt utfordringer med persepsjonen, læring, og hukommelse (Evjen mfl 2012).

Fekjær skriver at behandlingstiltak for denne gruppen som sliter med de dårligste psykiske tilstandene vil ha en svakere effekt av behandling enten det er medikamentelt, miljørettet, eller individuelt. De har i alle år vært kasterbatter innenfor systemet, og deres dårlige erfaringer gjennom livet gjør at de vil møte nye hjelpere med mistillit (Fekjær 2008:308).

Føroverveiellesfasen er da man får informasjon angående individuell plan. Det er også der man gir et todelt samtykke til opprettelse av planen, og samtykke til utveksling av taushetsbelagte opplysninger. Dette samtykket vil gjøre den individuelle planen rettskraftig. Vi finner dette i forskrift om individuell plan og koordinator § 17, og forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen § 5.

Det er mye informasjon som skal fordøyes av pasientene. Hva planen er, bruken av den, hva utarbeidelsen innebærer, aktuelle samarbeidspartnere som skal trekkes inn, jf. Pasient –og brukerrettighetsloven §§ 4-1 og 3-2. Samtykket kan trekkes tilbake når pasienten selv ønsker det.

Utfordringen kommer når pasientene skal ta et kvalifisert valg, noe som betyr at de skal ha kunnskap om planen. I forskningen til Humerfeldt var det mange sosialarbeidere som brukte

kreativitet i formidlingen av informasjon slik at pasientene skulle lettere ta den inn. Noen brukte tavler for å lage tankekart, en av brukerne fortalte med glede om dette:

«Vi var inne på et rom her inne også var det en tavle, så hadde vi kritt, og tegnet opp. Jeg var med på å tegne opp. Så laget vi en ramme rundt det, og så tok vi et bilde. Så laget hun etterpå en litt finere plan ut av det bildet. Så sendte hun det til meg» (Humerfeldt 2012:179).

Når det kom til samtykke av utveksling av opplysninger, fremkom det av forskningen til Humerfeldt at det var noen av brukerne som ikke ønsket å skrive under på den:

«De av sosialarbeiderne som informerte reduserte informasjonen. De mente det var problematisk hvis brukeren begrenset utvekslingen av opplysningene, da dette fikk negative følger for hjelpen. Det er vanskelig hvis de ikke samtykker slik at enkelt informasjon kan gå videre. Enkelte kommer ikke i posisjon heller, når de begrenser informasjonsflyten, da begrenser de også hjelpen» (Humerfeldt 2012:141).

Det er strenge kontrollkrav i LAR rehabiliteringen, spesielt ved side misbruk av medikamenter som LAR pasientene ønsker å holde for seg selv, eller når de bruker illegale rusmidler, og de kan ikke være ærlige for det vil få konsekvenser med tiltaket på en eller annen måte. Slettebø og Seim skriver at det er sterke føringer ifra de sosialpolitiske og fagideologiske miljøene mot en økt brukermedvirkning. Og på den andre siden viser sosialpolitiske landskapet en tvetydighet i forhold til reel brukermedvirkning. Hvor det vektlegges mer på brukernes plikter enn deres rettigheter (Seim og Slettebø 2007:25).

Dette er en målgruppe som sliter med å kunne absorbere informasjon om individuell plan på grunn av manglende kognitive evner, enten påført av rus eller underliggende psykiske lidelser. De sosialarbeiderne som har det beste resultatet med å fremme god brukermedvirkning bruker sin fagkunnskap om årsaksforklaringer på rusens og psykiatriens virkninger på individet. Kierkegaard mener at dette henger sammen med vedkommendes direkte situasjon og en del andre sammenhenger (Levin 2004:81). De bruker sin fagkunnskap sammen med brukerperspektivet for å kunne hjelpe pasientene absorbere informasjonen slik at de kan ta et kvalifisert valg i henhold til individuell plan. Det er dette som er å møte klientene der de er. Jeg merker også at mangel på ærlighet i frykt av sanksjoner ødelegger for mange pasienter som ikke oppnår god brukermedvirkning.

5. Avslutning.

Sosialt arbeid er så mye mer enn bare kunnskap, lovverk, og ferdigheter. Det befinner seg mennesker som er totalt avhengig av at vi utøver profesjonen på en profesjonell måte. Det vil si at brukerne er i sentrum og at de tas alvorlig. Brukerne er avhengig at vi bruker den kunnskapen vi har, og at vi er den bevisst i utførelsen av arbeidet vårt. De er avhengig av at vi vet hvilke rettigheter de har, slik at de kan få den hjelpen de trenger. De er avhengig i at vi respekterer deres valg, og at vi er solidariske i vårt møte med dem. Videre er de avhengig av at vi ivaretar de etiske prinsippene, og de verdiene som fagfeltet er tuftet på.

Gjennom problemstillingen min var jeg opptatt av å undersøke hva er det som fremmer, og hva er det som hemmer god brukermedvirkning i utarbeidelse av individuell plan for LAR-pasienter. Jeg kan med sikkerhet si at jeg på ingen måte får frem mer enn bare noen få elementer av hva det er som skaper god brukermedvirkning eller hva det er som forverrer den. Jeg har selvfølgelig hatt noen hypoteser basert på min for forståelse fra et liv i rus som har hjulpet meg finne litteratur rundt det jeg har reflektert på underveis. Ikke bare nederlag, men også mine egne endringsprosesser har vært verdifulle, og påvirket oppgaven.

Med gjennomgang av forskning rundt individuell plan med rusmiddelbrukere, og LAR-pasienter har jeg fått en større kunnskapsbase å forstå ut ifra. Og med de forskjellige teoriene har jeg funnet ting som jeg syns er relevante for å kunne drøfte teori opp imot denne nye kunnskapen som jeg har ervervet meg i prosessens gang.

Funnene i den første drøftingen av det sosiale arbeidet innenfor spennet mellom kontroll og hjelp viser oss at det er en del utfordringer med våre tilnærminger i arbeid med individuell plan med LAR pasienter. De strenge kontrollkravene gjør det vanskelig for sosialarbeidere å etterleve de prinsippene som faget er bygd rundt. Jeg finner at den regelstyrte tilnærmingen gjør at pasientene noen ganger føler seg krenket, tillitsgrunnlaget blir forverret; og selvfølelsen svekket. Noe som er med på å forsterke motstanden til å delta aktivt i planarbeidet. De blir passive mottakere i min oppfatning. De responderer dårlig på trusler og sanksjoner. Dette er noe som hemmer brukermedvirkning i min oppfatning.

På den andre siden virker den relasjonsstyrte tilnærming mer opp imot en anerkjennelse av pasientens særegenhet, noe som øker selvbildet til pasientene. Med den relasjonsstyrte tilnærmingen oppnår også relasjonen en gjensidig respekt hvor det blir lettere å samarbeide, noe som er nødvendig i arbeidet med individuell plan. Sosialarbeider og pasient oppnår gjensidig respekt for hverandre virker det som. Denne tilnærmingen fremmer god brukermedvirkning.

Funnene i den andre drøftingen var ikke like åpenbare som jeg hadde tenkt i utgangspunktet. Det er helt klart at empowerment er med på å skape en god brukermedvirkning, men det er en prosess som tar tid. Det er mange samtidig parallelle prosesser som igangsettes og gjennom bevisstgjøring av hva det er som skaper avmakten, da vil pasientene gjennom arbeid med individuell plan øke sin egen medvirkning etter hvert som man realiserer seg selv. Og da fremmer det god brukermedvirkning. Det fremmer god brukermedvirkning allerede fra starten, men jeg tenker denne vil bare bli bedre og bedre etter hvert som pasienten oppnår mål de har satt seg.

Jeg tenker at paternalisme har to ansikter. Jeg ser at ekte paternalisme har gode hensikter, men det krever at sosialarbeideren virkelig kan være sikker i hva utfallet vil bli. I samarbeid med pasient, og et godt faglig skjønn. Da kan det muligens fremme god brukermedvirkning. Uekte paternalisme på den andre siden tenker jeg fungerer dårlig ovenfor denne målgruppen. Det er en målgruppe som har mye dårlig erfaring med tiltaksapparatet ifra før.

I tredje drøfting var det ikke mye som overrasket egentlig. Psykiske syke mennesker har dårligere forutsetninger til reell medvirkning på grunn av sykdom.

Jeg har lært mye gjennom denne prosessen og det er alt for tidlig å kunne skrive noe om, det må rett og slett få satt seg litt.

Det ville vært veldig interessant å skrive om denne problemstillingen i en større oppgave hvor man får trekke inn sine egne informanter. Og hvor rammen var mye større slik at man fikk utfolde seg helt. Det er helt klart at dette er en målgruppe hvor man må tenke litt nytt etter min oppfatning.

Litteraturliste

Askheim, O.P. og Starrin, B. (red.) (2010). *Empowerment, i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Dalland, O. (2007). 4. utg. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ekeland, T, J, Iversen, O, Nordhelle, G, Ohnstad, G. (2010). 2. utg. *Psykologi for sosial –og Helsefagene*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Evjen, R, Kielland, Kielland, K, B, Øiern, T. (2012). *Dobbelt Opp, om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fekjær, H. O. (2008). 3. utg. *Rus, bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Fellesorganisasjonen (2010). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. Hentet 2. februar 2013 fra <http://www.fo.no/yrkesetikk/yrkesetisk-grunnlagsdokument-article227-150.html>

Henriksen, J-O, Vetlesen, A.J. (2008). 3. utg. *Nærhet og distanse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Forskrift av 18. Desember 2009 nr. 1641. *Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering*. (LAR – forskriften)

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) Forskrift av 16, desember 2011 nr. 1256, 1 om *habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*.

Helsedirektoratet (2010) *Nasjonal retningslinje for rehabilitering ved opioidavhengighet* IS1701.

Hentet 17. juni 2014 fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet/Publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet.pdf>

Helsedirektoratet (2011). *Sluttrapport: Følgesevaluering av forsøk med bruk av tillitspersoner for koordinering av psykososialt arbeid for personer med rusrelaterte problemer.*

Hentet 13. juni 2014 fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/sluttrapport-evaluering-av-tillitspersonforsoket/Publikasjoner/sluttrapport-evaluering-av-tillitspersonforsoket.pdf>

Helse – og omsorgstjenesteloven. Lov av 24. juni 2011 nr. 30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Helsetilsynet (2005). Rapport fra Helsetilsynet 4/2005: *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelbrukere.* Oslo: Statens helsetilsyn.

Humerfeldt, K. (2012). *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan.*

Hentet 20. mai 2014 fra: www.ntu.no/svt/forskning/avhandlinger/2012

Levin, Irene. (2004). *Hva er sosialt arbeid.* Oslo: Universitetsforlaget.

Ot.prp. nr. 54 (2002-2003). *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan).* Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Pasientrettighetsloven. Lov av 2. juli 1999 Lov om pasient – og brukerrettigheter.

SERAF (2013). Rapport 1/2013, statusrapport 2012: *LAR som det vil bli fremover*. Hentet 04.04.14 fra: www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf

Seim, S. og Slettebø, T. (red.) (2007). *Brukermedvirkning i barnevernet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Shulman, L. (2003). *Kunsten å hjelpe individer og familier*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Selvvalgt litteratur

Frantzen, E. (2001). *Metadonmakt*. Oslo: Universitetsforlaget. (S:15-192).

Hansen, H. (red.) (2010). *Faglig skjønn og brukermidvirkning*. Bergen: Fagboklaget. Vigmostad og Bjørke AS. (S:21-198).

Honeth, A. (2003). *Behovet for anerkendelse*. 1. utg. København: Hans Reitzel Forlag. (S:14-19).

Honeth, A. (2008). *Kamp for anerkjennelse*. Oslo: Pax Forlag. (S:101-179).

Jensen, A. G., Tronvoll I. M. (red.) (2012), *Brukermedvirkning, likeverd og anerkjennelse*. Oslo: Universitetsforlaget. (S: 39-67 og 142-151).

Kjellebold, A. (2013). 4. utg. *Retten til individuell plan*. Bergen: Fagboklaget, Vigmostad og Bjørke AS. (S:11-96).

Thommesen, H., Normann, T., Sandvin, J. T. (2011). *Individuell plan, et sesam, sesam?* 2. utg. Oslo: Kommuneforlaget. (S:37-95).